



P. O. Box 310
McAllen, TX 78505

Ph: (956) 682-1353
1-800-284-9783
Fax: (956) 686-0732

Estimado(a) Asegurado(a):

Somos Administradores de Siniestros para la aseguradora de Mexico.

Respetuosamente le pedimos que nos envíe los documentos listados en la hoja anexada. Estos documentos son esencial e importante en continuar con su reclamo. Si documentacion adicional es necesaria, le avisaremos adecuadamente. La aseguradora repasara todos los siniestros presentado y haran su propia investigacion del caso. Documentos o reportes originales/ sellados/ estampados deberan ser enviados a nuestra oficina.

Si tiene preguntas o dudas de lo arriba mencionado, por favor comuniquese directamente a el abajo firmado al (800) 284-9783 entre las 8:30 a.m. to 4:30 p.m. tiempo central.

Atentamente,

Jorge Treviño
Gerente de Siniestros/ Ajustadora



P. O. Box 310
McAllen, TX 78505

Ph: (956) 682-1353
1-800-284-9783
Fax: (956) 686-0732

DECLARACIÓN

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono(s): _____ Póliza#: _____

Agente: _____ declara que el automóvil, Marca _____

Tipo: _____ Modelo del Año _____ Placas: _____

Con # motor _____ tuvo un accidente causado por robo.

El día _____ de _____, 20 _____ a las _____ a.m./p.m. en la ciudad de _____

Y hace la siguiente DECLARACION FORMAL acerca de los detalles de siniestro y de la reclamación respectiva que somete por medio de la presente. La póliza arriba mencionada se encontraba en vigor al ocurrir el accidente y vencerá el día _____ de _____, 20 _____.

Lugar Exacto del robo: _____

Nombre de la persona que guiaba el auto: _____

Otros pasajeros en el qutomovil (Nombre,Domicilio y Teléfono) _____

Testigos del inciidente (Nombre, Domicilio yTeléfono): _____

Como ocurrió el incidente? Explique: _____

Que autoridad tomó conocimiento del robo? _____

Quien fue multado y cual fue la infracción? _____ Cuanto recibió por el daño que le causarón, o que compromiso hay que pagar? _____ Que daños sufrió el vehículo asegurado (si es recuperado?) _____

Se puede manejar el vehículo? _____ Fue reportado a la Aseguranza? _____ # de Reporte: _____

Quien fue el ajustador? _____



P. O. Box 310
McAllen, TX 78505

Ph: (956) 682-1353
1-800-284-9783
Fax: (956) 686-0732

Si no, en donde se encuentra actualmente el vehículo asegurado? _____

Que daños causo el vehículo asegurado a propiedad de tercera personas? _____

Año, Marca, Modelo y Tipo del tercero: _____

Placas: _____ Nombres, Domicilio y teléfono: _____

Que lesiones causó el vehículo a personas por atropello? _____

Nombres, Domicilio y teléfono: _____

Ha recibido reclamación por daños y lesiones? _____

Por que concepto? _____

Por que cantidad? _____

<u>Lesiones</u>	<u>Nombre</u>	<u>Domicilio</u>	<u>Teléfono</u>	<u>Edad</u>	<u>Lesiones</u>
A	_____	_____	_____	_____	_____
Occupantes	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

Lugar donde se atendieron? _____

Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y mi reclamación y a estar dispuesto a facilitar todos los informes que la Aseguradora pudiera pedirme con respecto al siniestro o a la indemnización. Hago constar que ninguno de los terminos, condiciones y estipulaciones de la póliza, han sido violada por cualquier acto mío, ni por acción de cualquier otra persona con mi consentimiento. Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la compañía y enviar inmediatamente a la Aseguradora cualquier notificación que reciba en relación con éste siniestro

Fechado en el día _____ de _____ del 20 _____ Firma del conductor: X _____



P. O. Box 310
McAllen, TX 78505

Ph: (956) 682-1353
1-800-284-9783
Fax: (956) 686-0732

- **Para procesar su reclamo de Robo que ocurrio en Mexico, por favor envíe lo siguiente. NO se hará ningún pago sin esta información.**

- Poliza Turista (original) Titulo y Registro (original/firmada) Permiso de Importacion (Copia)
- Licencia de Conducir (copia) Fotos llaves
(copia legible) (si disponible) (originales y copias)
- Volante de Admision * Declaracion Factura de Venta de Vehiculo
(Reporte del Ajustador Mexicano) (formas anexadas) (copia legible)
- Carta de Reclamo de Aseguro de Reporte de Policia en E.U. Comprobante de Residencia
Estados Unidos (original) (copia de luz, agua o telefono)
- 3 Reportes de Policia (originales)* **Se necesitan los 3 para procesar este reclamo**
(Procuraduria General de Justicia, Policia Municipal, Ministerio Publico / Policia Federal Preventiva)
- Carta Explicatoria (*Si no se reporto este robo antes de salir de Mexico*)

Nombre de Banco o Instituto Financiero _____
Direccion _____
Telefono _____
Numero de Cuenta _____
Balance _____

Nombre de Aseguradora de E.U. _____
Numero de Poliza _____
Telefono _____

Sobre recibimiento de la información y documentos arriba-mencionado, abriremos un expediente y presentaremos el reclamo a nuestra compañía aseguradora en Mexico para consideración de pago e investigación. Envíe todos los documentos por correspondencia.

HDI Seguros

Beneficiary Information (Information requested Art. 140 of Mexican Insurance Law)

Name _____

(Registered Owner)

Name

Middle

Last Name

Nationality _____

Insured Name _____

Driver License No. _____

FMN Bussines _____

Passport No. _____

FM3 _____

FMT Tourist _____

M2 _____

Occupation _____

Address in USA _____

Street

No.

City

Sate

Zip

Date of Birth _____ e-mail _____

USA Phone No. _____ Alternative No. _____

Address in Mexico _____

Street

No.

City

State

Zip

Mex. Phone No. _____ Mex Fax No. _____

Documents attached:

Passport copy Yes No

Driver licence copy Yes No

Date _____

Signature _____